

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Oppikofer et Chevalley, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a al. 1, 28b et 29
al. 1 LAI**

En fait :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...], né en [...], marié et père de cinq enfants, nés en [...], [...], [...], [...] et [...], a déposé le 21 juillet 2022 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte ce qui suit :

« Lors d'un plongeon en 1996 en [...], Monsieur est tombé sur une roche et a ressenti des douleurs au niveau du cou. Monsieur n'est pas allé contrôlé. Il ressentait parfois des douleurs mais arrivait à faire sa vie normalement.

En 2011, des militaires [...] ont agressé physiquement Monsieur sur la tête et a été torturé afin que les militaires obtiennent des informations sur le frère de Monsieur qui était passeur et ramenait des cigarettes pour ces militaires.

Les douleurs au cou, bras droit et épaules se sont intensifiées en 2018 et a pris un traitement à base d'injection de cortisone.

Depuis 2019, Monsieur rencontre des troubles dans son sommeil en raison de la douleur qui s'intensifie. Il se réveille régulièrement durant la nuit et cela impacte sa santé mentale et sa capacité de concentration.

Depuis 2020, les douleurs se sont éparpillées sur le bras gauche. Son médecin lui a proposé un autre traitement à base d'injection de cortisone mais Monsieur a refusé car il n'est pas suffisant et les douleurs reviennent quelques jours.

A présent, Monsieur ressent de fortes douleurs au cou, les bras, les épaules et elles descendent sur les jambes et les lombaires depuis 4 mois. Il ne peut pas porter des charges de plus de 5 kg en raison de ses douleurs.

Monsieur prend également des médicaments pour les douleurs et les muscles mais ne font pas effet (anti-inflammatoires, antibiotiques, relaxant musculaires) et un traitement pour favoriser son sommeil durant la nuit. »

A sa demande de prestations étaient annexés un certificat du 8 mars 2022 du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et un certificat du 18 mars 2022 du Prof. F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant tous deux un suivi de l'assuré en raison de cervico-brachialgies bilatérales, ainsi qu'un certificat du 9 mars 2022 du Dr U._____, médecin praticien et médecin traitant, certifiant une prise en charge depuis 2020 pour des douleurs au coude droit et aux cervicales.

Dans un rapport du 29 août 2022 adressé à l'OAI, le Prof. F._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de polymyalgie, sans se prononcer sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Par rapport du 13 septembre 2022 à l'OAI, le Dr U._____ a indiqué ne pas pouvoir préciser la capacité de travail de l'assuré, vu le suivi effectué par plusieurs spécialistes. Il a joint à son envoi différents rapports, dont notamment :

- des rapports des 15, 27 mars et 11 juin 2019 du Dr Y._____, spécialiste en radiologie, mentionnant des infiltrations de l'épaule et du coude droits en raison d'une tendinite du sus-épineux, avec bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée, associée, ainsi que d'une tendinite et d'une épicondylite latérales ;

- un rapport du 5 mai 2021 du Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnel avec rectitude cervicale, discopathie C5-C6 et C6-C7 protrusive herniaire paramédiane droite à ces deux derniers niveaux, de dorsalgie lombaire sur spondylose et discopathie L4-L5, de douleur sous-acromiale sur tendinopathie du sus-épineux et petite bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite, d'état après douleur de la face médiale sur épitrochléite en 2004 et douleur de la face latérale sur épicondylite récurrente depuis 2018 pour le coude droit, de douleur fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire sur probable chondropathie des genoux, d'acné du visage, de dysthymie et d'excès pondéral modéré ; ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs musculosquelettiques et ostéoarticulaires multiples avec une cervicalgie sur discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7 paramédiane droite ainsi que de douleurs abarticulaires de l'épaule droite sur tendinopathie du sus-épineux avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne associée et des coudes avec une épicondylite résiduelle du coude droit ;

- un rapport du 9 juin 2021 du Dr G._____ retenant les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral à prédominance droite, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux droit et possible épicondylite droite, de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathie rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés, de lombalgies intermittentes, de lésions X du cuir chevelu, de calculs rénaux anamnestiques, de cholélithiases anamnestiques et de status post appendicectomie ;

- un rapport du 22 septembre 2021 du Dr Y._____ relatif à une radiographie de la colonne cervicale de face et de profil décrivant une rectitude et un effacement de la lordose cervicale physiologique, une discopathie dégénérative C4-C5, C5-C6 et C6-C7 associée à une uncarthrose, particulièrement en C4-C5, C5-C6, pas d'anomalie notable au niveau de la charnière cervico-occipitale, alignement des murs postérieurs des corps vertébraux satisfaisant et pas de lésion ostéolytique, ni de lésion ostéocondensante ;

- un rapport du 15 juin 2022 du Dr G._____ posant les diagnostics d'exacerbation de lombalgies intermittentes, de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral à prédominance droite, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux droit et possible épicondylite droite, de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés, de lésions X du cuir chevelu, de calculs rénaux anamnestiques, de cholélithiases anamnestiques et de status post appendicectomie ; le Dr G._____ a précisé que l'assuré présentait une exacerbation de ses lombalgies intermittentes avec accentuation du syndrome dorso-vertébral semblant favorisée par une problématique intra-abdominale en lien avec les troubles urinaires ;

- un rapport du 30 juin 2022 du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine du sommeil, indiquant un syndrome d'hypopnées positionnel et recommandant de ne pas dormir sur le dos, notamment en utilisant un gilet de positionnement.

Dans un rapport du 24 octobre 2022 adressé à l'OAI, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de psychiatrie et psychothérapie I._____, a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble à symptomatologie somatique non spécifié (F45.9) depuis 2019 et a attesté une capacité de travail nulle à réévaluer après une prise en charge spécifique de la douleur. A son rapport étaient joints divers documents, dont notamment :

- des rapports des 16 et 28 août 2018 du Dr Y._____ en lien avec une imagerie par résonance magnétique [IRM] du coude droit concluant à la présence d'arguments en faveur d'une importante épicondylite ayant nécessité une infiltration;

- un rapport du 25 janvier 2019 du Dr G._____ posant les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral à prédominance droite, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux droit et épicondylite droite, de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés, de lombalgies intermittentes, de lésions X du cuir chevelu, de calculs rénaux anamnestiques, de cholélithiases anamnestiques et de status post appendicectomie. Il a précisé ce qui suit :

« M. H._____ accuse des douleurs ostéo-musculaires multiples et chroniques.

Cliniquement, je relève au niveau cervical une hypertonie importante de la musculature cervico-scapulaire bilatérale, associée à des signes de TOS bilatéral à prédominance D, ainsi que des signes modérés de tendinopathie des sus- et sous-épineux à l'épaule droite. S'y ajoutent des signes d'épicondylite à D modérés.

A la ceinture pelvienne, je relève également d'importantes hypertonies musculaires, en particulier des moyens fessiers, rotateurs externes de hanche, TFL et ilio-psoas ddc ainsi que

raccourcissement des ischio-jambiers à D. Aux genoux, il présente des signes de syndrome fémoro-patellaire, de tendinopathie rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale ddc. »

- un rapport du 24 octobre 2019 du Dr Y._____ relatif à une IRM du coude droit concluant à des signes en faveur d'une épicondylite latérale en discrète diminution par rapport à l'examen du 15 août 2018, ayant entraîné une infiltration du coude droit (cf. rapport du 12 novembre 2019) ;

- un rapport du 18 février 2022 du Dr G._____ posant les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral à prédominance droite, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux droit et possible épicondylite droite, de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés, de lombalgies intermittentes, de lésions X du cuir chevelu, de calculs rénaux anamnestiques, de cholélithiases anamnestiques et de status post appendicectomie.

Dans un rapport du 7 novembre 2022 adressé à l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral à prédominance droite, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux droit et possible épicondylite droite, de lombalgies intermittentes et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotulienne et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés. A titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il a indiqué ceux de lésions X du cuir chevelu, de calculs rénaux anamnestiques, de cholélithiases anamnestiques et de status post appendicectomie. Il a attesté une incapacité totale de travail 1^{er} janvier 2021 au moins au 31 octobre 2021. Il a encore indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : sur le plan physique, un manque d'endurance global et en particulier du tronc, de la nuque, les mouvements répétitifs

avec les membres supérieurs, les activités au-dessus du niveau des épaules, les ports de charges au-delà d'env. 5 kg occasionnellement, les accroupissements, agenouillements, montées ou descentes de pentes ou d'escaliers fréquentes.

Dans un rapport du 2 décembre 2022 adressé à l'OAI, la Dre D._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de cervico-brachialgies avec prédominance à droite, d'omalgie chronique droite, de tendinite du sus-épineux, d'épicondylite droite et de lombalgie bilatérale non-déficitaire. Elle a indiqué que toute activité avec les mains au-dessus de la tête restait pénible pour l'assuré, ainsi que les activités impliquant de porter des charges en général.

Par avis du 30 janvier 2023, la Dre K._____, du Service médical régional AI (SMR), a conclu à une situation plutôt complexe chez un assuré n'ayant pas vraiment travaillé en Suisse depuis son arrivée en 2014, connu pour diverses rachialgies, arthralgies de longue date en exacerbation depuis 2018-2019 en lien en partie avec divers troubles organiques (dégénératifs, tendinopathies) mais sans amélioration majeure avec le traitement mis en place (hormis pour les épicondylites), avec répercussion sur le plan psychique. Elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec des volets rhumatologique (ou médecine physique et réadaptation), neurologique et psychiatrique devant en particulier poser des diagnostics clairs, estimer leur caractère incapacitant ou non, depuis quand, évaluer la capacité de travail dans les activités de référence et dans une activité adaptée avec évolution chronologique depuis l'incapacité de travail préalablement définie, proposer d'éventuelles autres mesures thérapeutiques avec évaluation de l'exigibilité. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a été confié au Centre M._____ SA, à [...] (ci-après : le Centre M._____), respectivement aux Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, N._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, spécialiste en neurologie.

Les experts du Centre M. _____ ont vu l'assuré les 25 avril et 5 mai 2023, puis ont déposé leur rapport le 4 juillet 2023, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 23 mai 2023), quatre expertises spécialisées et une synthèse du dossier. On extrait ce qui suit de l'évaluation consensuelle :

« 4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

- Cervicalgies sans irradiation sur discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7, M54.2
- Lombalgies sans irradiation sur discopathie L4-L5, M54.5
- Douleurs du coude droit sur épicondylite, M77.1
- Douleurs du coude gauche sur épitrochléite, M77.1
- Douleurs de l'épaule droite sur simple tendinopathie du supra-épineux sans _____ que l'on puisse la mettre en évidence cliniquement, M75.1
- Douleur des genoux sans examen clinique probant, M25.5
- Fibromyalgie, M79.7
- Surcharge pondérale
- Syndrome d'hypopnées positionnel en décubitus dorsal, disparaissant en décubitus latéral avec absence de retentissement sur la saturation d'oxygène, G47.3

Limitations rhumatologiques : pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, éviter les porte-à-faux prolongés du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Pas d'effort de préhension et de pronosupination forcé des deux mains. Eviter les positions en abduction prolongée, au-delà de la ligne des épaules, du membre supérieur droit.

Pas de limitation au niveau de la psychiatrie, de la médecine interne générale et de la neurologie.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources

Il n'y a pas d'aspects liés à la personnalité qui ont une incidence.

Absence de troubles cognitifs constatée. Les capacités de planification et de structuration des tâches sont conservées. L'adaptation aux règles et aux routines n'est pas entravée par un quelconque trouble psychique, de même que la flexibilité et l'adaptabilité que nous avons constatées à l'examen. L'expertisé dispose de bonnes compétences relationnelles, ainsi que d'une expérience dans le bâtiment et dans le milieu de la coiffure. La mise en pratique de ses compétences n'est pas entravée par un quelconque trouble psychique. De même sa capacité à porter des jugements et à prendre des décisions est conservée. Les activités spontanées sont régulières et diversifiées. Le parcours de vie de l'expertisé, jusqu'au jour de l'examen, ainsi que les démarches entreprises pour améliorer ses conditions, témoignent de bonnes capacités de persévérance et bonnes capacités d'affirmation de soi. Les rapports avec la famille et les intimes sont de bonne qualité. Il a un très bon contact avec les autres. Il peut travailler en groupe. La

relation conjugale est sereine. Il peut prendre soin de lui. Il a le permis de conduire suisse, il n'a plus de voiture, il peut se déplacer en transports publics.

4.5. Motivation de la capacité de travail globale

L'incapacité de travail est d'origine exclusivement rhumatologique dans le cadre de ses tendinopathies des coudes, dans une activité de coiffeur.

4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

L'expertisé n'a jamais travaillé en Suisse depuis son arrivée en 2014. Un stage de coiffeur lui a été proposé qui a été un échec.

Capacité de travail à 100% pour la médecine interne générale, la neurologie et la psychiatrie.

Capacité de travail à 0% dans l'activité de coiffeur depuis 08.2018.

4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée

Capacité de travail à 100% pour la rhumatologie, la médecine interne générale, la neurologie et la psychiatrie. »

Dans un rapport d'examen SMR du 20 juillet 2023, la Dre K._____ a estimé que l'expertise répondait en grande partie aux critères de qualité usuellement requis et que ses conclusions pouvaient être suivies. Elle a ainsi retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de coiffeur et entière dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, éviter les porte-à-faux prolongés du buste, port de charges proche du corps jusqu'à 10 kg, pas d'effort de préhension et de prosupination forcée des mains et éviter les positions en abduction prolongée au-delà de la ligne des épaules du membre supérieur droit.

Par projet de décision du 24 juillet 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité dès lors qu'il conservait, depuis toujours, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Le 10 octobre 2023, dans le délai prolongé à cet effet, l'assuré a adressé à l'OAI ses observations sur ce projet de décision en expliquant que l'expertise du Centre M._____ ne correspondait pas à sa situation réelle. Il a joint à son envoi un rapport du 15 septembre 2023 du Dr G._____ dans lequel ce médecin a relevé que les experts avaient

manqué les diagnostics de TOS neurogène et de plexopathie cervicale superficielle, voire de syndrome fémoro-patellaire. Selon lui, l'expert rhumatologue avait posé le diagnostic de fibromyalgie sur la base des anciens critères diagnostics et sans exclure d'autres pathologies permettant d'expliquer les symptômes. Les diagnostics d'épitrôchléite et d'épicondylite ne pouvaient pas d'emblée être affirmés ou exclus. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu les limitations suivantes : mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, activité au-dessus du niveau des épaules, position statique et/ou en porte-à-faux de la nuque, activité exigeant une attention soutenue (car crispation cervicale), agenouillement/accroupissement, montée/descente répétitive d'escaliers/de pentes, maintien prolongée de la position debout/assise, position en porte-à-faux ou torsion du tronc et milieu froid. Il a attesté une capacité de travail de maximum 50 % (sur la demi-journée) dans une activité adaptée tout en précisant que ce taux était à vérifier et à ajuster en situation, l'intensité du TOS pouvant quelque peu fluctuer dans le temps et selon l'efficacité des traitements.

Le 30 octobre 2023, l'assuré a encore envoyé à l'OAI un rapport du 16 octobre 2023 des Dres V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, médecin assistante du Centre I._____, dans lequel elles ont posé le diagnostic de trouble somatoforme, sans précision (F45.9). Quant au pronostic, elles ont indiqué qu'il était lié à la santé physique de l'assuré, mais qu'il était a priori tout de même relativement défavorable, vu la chronicité de ses troubles.

Le Centre d'antalgie du Centre hospitalier I._____, (ci-après : le Centre hospitalier I._____) a adressé le 9 novembre 2023 à l'OAI un rapport du même jour du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie, posant les diagnostics principaux de cervico-brachialgies prédominantes droites associées avec des paresthésies sur hypertonie importante cervico-scapulaire, de TOS bilatéral très probable, d'omalgies chroniques bilatérales sur tendinopathie de la coiffe, de discopathies cervicales multi-étagées et de synovite C1-C2. Il a indiqué des lombosciatalgies non déficitaires L5 gauche sur discopathie et un syndrome anxio-dépressif

comme autres diagnostics. Il a estimé qu'à la lumière de différents éléments reflétant le caractère complexe et intriqué de la situation clinique de l'assuré, celui-ci était inapte à une activité professionnelle, son estimation concernant une évolution favorable restant réservée. Il a enfin mentionné différentes options thérapeutiques, notamment une chirurgie pour le TOS, une prise en charge médicamenteuse et le botox pour les contractures musculaires, des infiltrations transforaminales pour les sciatalgies lombaires et éventuellement des perfusions de kétamine. A ce rapport étaient joints divers documents, dont notamment des rapports des 12 et 19 juin 2023 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie, selon lesquels une infiltration avait été effectuée en raison de la présence de bursites acromio-deltoïdiennes très marquées de chaque côté.

Par avis du 4 décembre 2023, la Dre K._____ du SMR a conclu que les rapports des Drs B._____, V._____ et L._____ laissaient suspecter des répercussions plus importantes sur les limitations fonctionnelles, voire sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies. Le Dr B._____ avait, en outre, rapporté des lombosciatalgies L5 nouvelles. Sans remettre en cause totalement les conclusions de l'expertise, on ne pouvait pas nier des constatations différentes des deux autres spécialistes. Elle a ainsi proposé de prolonger l'instruction et d'attendre l'évaluation neurologique et de chirurgie thoracique du Centre hospitalier I._____ prévue en janvier 2024.

Le 8 décembre 2023, le Prof. F._____ a transmis à l'OAI une copie d'un rapport du 6 décembre 2023 dans lequel il a indiqué qu'une IRM de la colonne cervicale du 21 novembre 2023 expliquait la raison des cervico-brachialgies présentées par l'assuré. En effet, cette imagerie avait mis en évidence une cervicarthrose sans signe de myélopathie, une uncodiscarthrose de C3-C4 à C6-C7 prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec bombement disco ostéophytaire postérieur à ce niveau, un diamètre antéropostérieur du canal cervical mesuré serré à 7 mm à hauteur de l'espace intersomatique C6-C7 et une sténose foraminale bilatérale modérée C6-C7 sur bombement discal à droite et protrusion ostéophytaire sur arthrose à gauche.

Le 1^{er} février 2024, l'OAI a soumis des questions complémentaires relatives à l'évolution de l'état de santé de l'assuré aux Unités somatiques du Centre hospitalier I. _____.

Le Dr B. _____ y a répondu comme suit le 16 avril 2024 :

« 1. Comment a évolué l'état de santé de votre patient depuis votre dernier rapport ?

Stationnaire

2. Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous actuellement impactant la capacité de travail ?

Cervico-brachialgie multifactorielle.

3. Pourriez-vous décrire l'examen clinique actuel ?

Pas de déficit moteur sensitif, douleurs facettaire et musculaire trapèze.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles durables d'ordre strictement médical ?

Limitation douloureuse mobilisation nuque et port charge

5. Avez-vous pratiqué des examens complémentaires (imagerie, laboratoire spécifique, autre) ? Merci de nous en transmettre une copie

IRM cervicale, ENMG + avis Neur, US épaules

6. Une hospitalisation ou une prise en charge chirurgicale a-t-elle été nécessaire depuis votre dernier rapport ? Merci de nous transmettre la lettre de sortie ?

Non

7. Avez-vous adressé votre patient à un confrère pour un avis spécialisé (neurologie, oncologie, rhumatologie, chirurgie...) ? merci de nous transmettre une copie du concilium

Neurologie

8. Quel est le traitement actuel ? La compliance est-elle adéquate ?

oui

Prégabaline 100 x 3

9. Comment a évolué la capacité de travail dans l'activité habituelle depuis votre dernier rapport ? (sur un taux de 100%)

Je ne suis pas en mesure de donner un taux

10. Respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-avant, comment a évolué la capacité de travail dans une activité adaptée à ces dernières ?

Je n'ai pas attesté d'une incapacité de travail.

11. Une mesure de réinsertion de l'AI n'est pas une mesure thérapeutique (ergothérapie, etc.), c'est une mesure visant à mobiliser une personne atteinte dans sa santé dans le but de reconstruire une capacité de travail : de 8 heures par semaine sans obligation de rendement au début, avec l'objectif d'augmenter progressivement jusqu'à obtenir une capacité de travail d'au moins 50%.

a. Existe-t-il des contre-indications médicales à suivre une telle mesure ?

Si oui, lesquelles ? une telle mesure pourrait être tentée sans garantie de succès

Si non, depuis quand une telle mesure aurait-elle été possible ? 2024

b. Quel est votre pronostic d'amélioration de la capacité de travail ?
Réservé
Jusqu'à quel taux ?
Dans quel délai ? Je ne peux pas me prononcer (...) »

Le Dr B. _____ a joint à son envoi un rapport du 15 janvier 2024 de la Dre E. _____, spécialiste en neurologie et cheffe de clinique adjointe du Service de neurologie du Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier I. _____, qui a en particulier relevé ce qui suit :

« Monsieur H. _____ présente un syndrome douloureux chronique, sans anomalies cliniques objectivables à mon examen neurologique si ce n'est la présence de troubles sensitifs mal systématisés au bras et à la jambe gauche. L'examen électrophysiologique des membres supérieurs ne montre aucun signe en faveur d'une atteinte des grosses fibres tant au niveau moteur que sensitif et les myographies étagées n'ont pas mise en évidence d'anomalies. A l'heure actuelle je n'ai donc pas d'arguments ni cliniques ni électrophysiologiques pour une neuropathie périphérique, ni pour une plexopathie brachiale (notamment pour un syndrome du défilé thoracique/TOS) ni pour une radiculopathie cervicale. Du point de vue thérapeutique je propose la poursuite de la prise en charge par les collègues antalgistes, auxquels je laisse le soin d'évaluer si une prise en charge au CEMIC (Centre de médecine intégrative et complémentaire) est envisageable. La poursuite d'une prise en charge soit par de la physiothérapie soit par de l'ostéopathie ambulatoire me semble aussi indiquée. »

Par décision du 13 mai 2024, confirmant son projet du 24 juillet 2023, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assuré. Il a retenu que, si une capacité de travail en tant que coiffeur n'était plus exigible depuis août 2018, l'assuré conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, éviter les porte-à-faux prolongés du buste, le port de charges proche du corps au-delà de 10 kg, pas d'effort de préhension et de prosupination forcé des mains et éviter les positions en abduction prolongée au-delà de la ligne des épaules du membre supérieur droit. La comparaison des revenus, basée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, conduisait à retenir un degré d'invalidité de 0 %.

Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur les objections de l'assuré en y annexant un avis de la Dre K. _____ du

SMR du 13 mai 2024. Selon cet avis, la problématique initiale de cervico-brachialgies perdurait, attribuable à divers troubles dégénératifs selon le Prof. F._____, sans proposition chirurgicale et sans pathologie neurologique selon le concilium neurologique récent, le syndrome du TOS étant infirmé. La symptomatologie des membres inférieurs passait au second plan sans réelles sciatalgies décrites, l'IRM lombaire envisagée en septembre 2023 n'ayant pas été réalisée, seule une IRM cervicale ayant été effectuée. Les lombalgies avaient été prises en compte dans les conclusions de l'expertise du 18 juillet 2023. En conclusion, la Dre K._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de modification des atteintes déjà prises en compte ou de nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante et que les conclusions du rapport d'examen SMR du 20 juillet 2023 restaient valables.

B. Par acte du 11 juin 2024, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce qu'un droit aux prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu en raison de ses troubles incapacitants chroniques. En substance, il a fait valoir, en se référant aux rapports du Dr G._____ des 15 septembre 2023 et 5 juin 2024, que les experts n'avaient pas examiné, ni discuté les diagnostics de syndrome du défilé thoracique brachial (TOS) neurogène et de contracture musculaire chronique du tronc et des ceintures (région des épaules et du bassin) et n'avaient, de ce fait, pas évalué leur répercussion effective sur ses limitations fonctionnelles et donc sur sa capacité de travail. Les experts n'avaient pas non plus suffisamment pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à leur répercussion. Quant au diagnostic, retenu, de fibromyalgie, il n'avait pas été évalué selon les critères actuels. Le recourant a ajouté qu'il était suivi par les Drs V._____ et L._____ du Centre I._____ en raison de la péjoration de son état psychique en lien direct avec ses douleurs chroniques et ses troubles du sommeil, ainsi par le Dr B._____. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « tenant compte des avis contradictoires des différents médecins spécialisés ». Il a joint à son envoi le rapport du Dr G._____ du

15 septembre 2023, déjà produit, et un rapport de ce médecin du 5 juin 2024. Il a enfin requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 17 juin 2024, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 11 juin 2024, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans un rapport du 11 juin 2024, reçu le 17 juin 2024 par le greffe de la Cour des assurances sociales, la Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a attesté que le recourant souffrait de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux et possible épicondylite droite et tendinopathie des sous-épineux et petit rond gauche, de lombalgie intermittentes et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotuliennes et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés. S'agissant de l'affirmation selon laquelle il pouvait effectuer un travail à 100 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles telles qu'énumérées par l'OAI, elle s'interrogeait si des postes de travail adaptés ou une reconversion professionnelle pourraient être proposés au recourant. A son envoi étaient annexés différents rapports du Dr G._____, des 25 mai, 15 septembre, 1^{er} décembre 2023 et 5 juin 2024.

Par réponse du 22 juillet 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a joint un avis du SMR du 8 juillet 2024, selon lequel les rapports des Drs G._____ et R._____ des 5 et 11 juin 2024 évoquaient des diagnostics déjà discutés dans les avis SMR des 4 décembre 2023 et 13 mai 2024, sans démontrer de modification ou de nouvelles atteintes depuis et sans exclure une capacité de travail dans une activité adaptée résiduelle.

Dans sa réplique du 21 août 2024, le recourant a encore faire valoir que les Drs G._____ et B._____ avaient retenu, de manière

concordante, le diagnostic du NTOS. Ces médecins avaient fait état d'éléments objectivement vérifiables, pourtant ignorés dans le cadre de l'expertise, mais suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise, qui ne répondait au demeurant pas aux exigences requises. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du Dr G. _____ du 15 août 2024 selon lequel aucun des experts, ni la Dre E. _____, n'avaient évalué spécifiquement le TOS neurogène et ne sauraient dès lors en démontrer la fausseté. Il a également produit un rapport du 16 août 2024 du Dr B. _____ retenant les diagnostics de douleur neuropathique chronique (MG30.5) : NTOS (Thoracic Outlet Syndrom) bilatérale à prédominance droite, de troubles anxio-dépressifs, de déficit en B9 en cours de substitution, de déficit en vitamine D en cours de substitution, de douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques (MG30.3) : discopathies cervicale multi-étagés, synovite C1-C2, lombosciatalgies non déficitaires L5 gauche, gonalgies des deux côtés sur probable syndrome fémoro-patellaire, omalgies des deux côtés : à droite, tendinite du sus-épineux avec bursite acromio-deltoïdienne et à gauche tendinopathie des sous-épineux et petit rond. Il a également expliqué ce qui suit :

« Concernant le diagnostic du TOS neurogène acquis, l'histoire de vie du patient et les activités professionnelles antérieures, ainsi que le syndrome de stress post-traumatique, sont à mon sens des facteurs précipitants. L'association de plusieurs tests cliniques positifs augmente leur spécificité et sensibilité. Même si l'IRM ne montre pas de lésion anatomique compressive du plexus, elle n'écarte pas un TOS neurogène par contracture musculaire.

Et bien que l'électromyographie (ENMG) soit un outil précieux pour diagnostiquer le NTOS, il est à noter que chez un nombre important de patients présentant des signes cliniques de NTOS, les tests EMG et les tests de vitesse de conduction nerveuse peuvent être normaux. Surtout que les cut-off et les critères de positivité sont hétérogènes dans la littérature, amenant donc à des résultats loin d'être uniformes, comme le montre le tableau ci-dessous.

Cela met en évidence la complexité du diagnostic du NTOS, en particulier lorsque les tests de diagnostic traditionnels ne confirment pas toujours la maladie. Je pense que la conclusion des collègues neurologues du Centre hospitalier I. _____ pourrait être plus nuancée concernant l'incertitude du TOS neurogène, surtout qu'elle n'offre pas d'autre piste diagnostique. (...)

Pour ce qui est des douleurs musculo-squelettiques, certaines sont attribuables cliniquement et radiologiquement à des troubles dégénératifs tels que l'atteinte de la coiffe des rotateurs, troubles dégénératifs du rachis et discopathies multiétagée, lesquelles ont

montré une amélioration complète ou partielle grâce à des séances de physiothérapie et diverses infiltrations. D'un point de vue antalgique, nous observons une souffrance tant physique que psychique, comme en témoigne le langage non verbal ainsi que l'examen clinique. L'accumulation et le chevauchement des différents diagnostics rendent, selon mon évaluation, M. H._____ inapte à exercer une activité professionnelle à plein temps. Néanmoins, compte tenu de l'amélioration clinique observée sous traitement par kétamine, un emploi à temps partiel dans un poste adapté pourrait être envisagé. »

Par duplique du 19 septembre 2024, l'intimé a maintenu sa position en se référant à un avis du 12 septembre 2024 de la Dre K._____ du SMR. Cette dernière a estimé être toujours face à un tableau douloureux chronique, certes complexe, qui avait été évalué de manière pluridisciplinaire lors de l'expertise du Centre M._____ du 7 juillet 2023. L'apparition par la suite de lombosciatalgies, qui avaient prolongé l'instruction, n'avait pas été durable, évoluant favorablement grâce à la physiothérapie. Quant au diagnostic de TOS, il avait déjà été discuté lors des précédents avis SMR. En conclusion, la Dre K._____ a indiqué qu'il n'était pas apporté d'aggravation étayée des atteintes reconnues, ni de nouvelles atteintes durablement incapacitantes.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 21 juillet 2022.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 21 juillet 2022. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une

expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation

antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7. En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet de médecine interne, de neurologie, de psychiatrie et de rhumatologie, qui a été confiée aux experts du Centre M._____.

L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 4 juillet 2023, ainsi que des avis du SMR des 20 juillet 2023 et 13 mai 2024, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans l'activité de coiffeur depuis août 2018 mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De son côté, le recourant conteste être capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. A cet égard, il remet en cause le rapport d'expertise du Centre M._____ au motif que les experts n'ont pas examiné, ni discuté, plusieurs diagnostics invalidants, dont notamment celui du syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène et celui de contracture musculaire chronique du tronc et des ceintures. Ils n'ont pas non plus selon lui évalué la répercussion de ces diagnostics sur ses limitations fonctionnelles, et donc sur sa capacité de travail. A ses yeux, les experts n'ont pas suffisamment pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à ses limitations fonctionnelles. Il mentionne

encore être suivi sur le plan psychiatrique, en raison de la péjoration de son état psychique, en lien direct avec ses douleurs chroniques et ses troubles du sommeil. Enfin, il fait valoir que le diagnostic de fibromyalgie, retenu, n'a pas été évalué selon les critères actuels.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 4 juillet 2023 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 23 mai 2023. Les experts ont établi un rapport de synthèse dans lequel ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Ils ont fondé leur appréciation sur son dossier médical transmis par l'OAI, complété par des analyses en laboratoire. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps.

b) aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant ou non. Il a listé un certain nombre de diagnostics en expliquant, pour chacun, les motifs pour lesquels il ne les retenait pas (pp. 27-28 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). On notera ici que le diagnostic de trouble somatoforme sans précision (F45.9), posé par les Dres C._____, V._____ et L._____ (cf. rapports des 24 octobre 2022 et 16 octobre 2023), a été exclu par l'expert. Celui-ci a, en effet, indiqué ne pas retenir de trouble somatoforme d'une quelconque nature dans la mesure où les douleurs étaient localisées et non pas diffuses et que le recourant n'y était pas revenu spontanément, mais seulement en réponse aux questions sur le sujet. Il n'y avait pas de notion de multiplication des avis médicaux ou d'exams complémentaires, qui n'aient pas été strictement prescrits par les différents médecins du recourant, lequel ne se plaignait d'ailleurs pas des différentes prises en charge spécialisées

dont il bénéficiait (p. 27 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). L'expert a ensuite exposé qu'en l'absence de troubles psychiques et cognitifs, les capacités de planification et de structuration des tâches étaient conservées. L'adaptation aux règles et aux routines n'était pas entravée par un quelconque trouble psychique, de même que la flexibilité et l'adaptabilité constatées à l'examen. Le recourant disposait de bonnes compétences relationnelles, ainsi que d'une expérience dans le bâtiment et dans le milieu de la coiffure. La mise en pratique de ses compétences n'était pas entravée par un quelconque problème psychique, de même que sa capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, qui était conservée. Les activités spontanées étaient régulières et diversifiées. Le parcours de vie du recourant, ainsi que les démarches entreprises pour améliorer ses conditions, témoignaient de bonnes capacités de persévérance et d'affirmation de soi. Les rapports avec la famille et les intimes étaient décrits comme de bonne qualité de tout temps et ceux-ci étaient objectivés par la tonalité émotionnelle positive constatée à l'évocation des liens familiaux et avec les proches. L'expert a expliqué que les capacités relationnelles objectivées étaient en faveur de bonnes capacités pour ce qui était du contact avec les autres et de la capacité à pouvoir travailler en groupe. Selon l'anamnèse, la relation conjugale était sereine, sans notion de conflit. L'expert avait enfin constaté de bonnes capacités à prendre soin de soi le jour de l'examen et la capacité à se mouvoir n'était pas entravée par un trouble psychique (p. 28 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). L'expert a finalement attesté une pleine capacité de travail dans tous les types d'activité, sans baisse de rendement.

bb) Si le recourant n'a élevé aucun grief particulier à l'encontre de l'appréciation de l'expert psychiatre, il a toutefois indiqué, dans le cadre de son recours, être suivi par le Centre I. _____ en raison d'une péjoration de son état psychique, en lien avec ses douleurs chroniques et ses troubles du sommeil. Il n'a toutefois produit, en procédure, aucun rapport en lien avec cette péjoration. Le seul rapport au dossier faisant état d'une telle péjoration est celui du 16 octobre 2023 des Dres V. _____ et L. _____. Ce rapport ne fait toutefois pas état

d'éléments différents de ceux du rapport du 24 octobre 2022 de la Dre C._____, qui mentionnait déjà une détresse psychique en lien avec un sentiment d'impuissance face à ses douleurs chroniques et une altération du fonctionnement social et familial avec une tendance à l'isolement. Il n'est dès lors pas établi que le statut psychique du recourant aurait connu une péjoration par rapport à celui prévalant avant l'expertise du 4 juillet 2023 et aucune nouvelle atteinte ou aggravation ne peut être retenue (cf. avis SMR du 4 décembre 2023). A cet égard, on relèvera que le recourant indiquait déjà, dans sa demande de prestations du 21 juillet 2022, qu'il rencontrait des troubles dans son sommeil en raison de la douleur qui s'intensifiait et qu'il se réveillait régulièrement durant la nuit avec un impact sur sa santé mentale et sa capacité de concentration.

c) aa) Sur le plan somatique, le recourant n'a pas remis en cause les diagnostics retenus par les experts, à savoir ceux de cervicalgies sans irradiation sur discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7, (M54.2), de lombalgies sans irradiation sur discopathie L4-L5, M54.5, de douleurs du coude droit sur épicondylite, (M77.1), de douleurs du coude gauche sur épitrochléite, (M77.1), de douleurs de l'épaule droite sur simple tendinopathie du supra-épineux sans que l'on puisse la mettre en évidence cliniquement, (M75.1), de douleur des genoux sans examen clinique probant, (M25.5), de fibromyalgie, (M79.7), de surcharge pondérale et de syndrome d'hypopnées positionnel en décubitus dorsal, disparaissant en décubitus latéral avec absence de retentissement sur la saturation d'oxygène (G47.3). On notera que le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales a été posé par les Drs U._____, G._____ et D._____ et le Prof. F._____ (cf. certificats des 8, 9 et 18 mars 2022 et rapport du 2 décembre 2022), ce dernier ayant également retenu le diagnostic de polymyalgie dans un rapport du 29 août 2022. Il n'est également pas contesté que le recourant souffrait de douleurs aux coudes et aux épaules qui ont nécessité des infiltrations (cf. rapports du Dr Y._____ des 16 et 28 août 2018, 24 octobre et 12 novembre 2019, 15 et 27 mars, 11 juin 2019) ainsi que de douleurs aux genoux (cf. rapports du 5 mai 2021 du Dr Z._____ et des 25 janvier 2019, 9 juin 2021, 18 février,

15 juin et 7 novembre 2022 du Dr G._____). Le Dr S._____ a, quant à lui, posé le diagnostic d'hypopnées positionnel de dans son rapport du 30 juin 2022.

bb) Le recourant a en revanche soutenu que les experts n'avaient, à tort, pas examiné, ni discuté, les diagnostics de syndrome du défilé thoracique (TOS) neurogène et de contracture musculaire chronique du tronc et des ceintures (région des épaules et du bassin).

S'agissant du syndrome du défilé thoracique (TOS) neurogène, il faut constater qu'il a bien été examiné par les experts, qui ont indiqué qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'un syndrome du défilé thoracique neurologique, voire d'une plexopathie superficielle (pp. 3 et 15 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). On relèvera, en outre, que les experts ont tous pris connaissance et examiné les rapports du Dr G._____ des 25 janvier 2019, 9 juin 2021, 18 février, 15 juin et 7 novembre 2022, mentionnant le diagnostic du TOS (cf. annexe 5 du rapport d'expertise intitulée « Synthèse du dossier », pp. 38 et ss). On observera ici que le Dr Z._____ n'a, pour sa part, pas posé le diagnostic du TOS dans son rapport du 5 mai 2021.

Quant au problème de contracture musculaire, le recourant s'est référé au rapport du Dr G._____ du 15 septembre 2023, selon lequel aucun des experts n'avaient évalué la musculature cervicale, ni celle au niveau du tronc, alors qu'il s'agissait d'un facteur d'importance. En l'occurrence, les experts ont retenu un très léger syndrome cervical et un syndrome lombaire et rachidien. En outre, l'expert en neurologie a mentionné une nuque souple, en rotation à 80° des deux côtés, flexion-extension peu limitée, palpations interscapulaires et dorsale modérément sensibles (p. 14 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). L'examen clinique n'a mis en évidence que des atteintes dégénératives modérées cervicale et lombaire avec un bon maintien des amplitudes et sans aucun signe neurologique (p. 35 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). On notera, pour le surplus, que les experts W._____ et N._____ ont indiqué que le recourant avait pu rester assis sans changer de position

pendant plus d'une heure lors de la consultation, alors même que le Dr G._____ avait mentionné une réduction de force et d'endurance quant au maintien de positions assis ou debout (p. 9 et p. 21 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023 et p. 3 du rapport du Dr G._____ du 15 septembre 2023).

d) S'agissant du volet rhumatologique, le recourant a fait valoir que l'expert rhumatologue avait conclu au diagnostic de fibromyalgie, sans l'évaluer sur la base des critères actuels. Si l'expert N._____ semble en effet s'être basé sur d'anciens critères pour évaluer le diagnostic de fibromyalgie, il n'en demeure pas moins qu'il a effectivement retenu ce diagnostic. On ne voit dès lors pas ce que le recourant entendait contester en invoquant l'utilisation des anciens critères. Quant au Dr G._____, qui a soulevé le fait que ce diagnostic n'avait pas été posé selon les critères de Wolfe & CO, il n'a cependant pas explicité en quoi cette manière d'évaluer le diagnostic de fibromyalgie avait un impact sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant (cf. p. 4 du rapport du 15 septembre 2023). On notera ici que les constatations faites par l'expert rhumatologue lors de son examen se rapprochent de celles mentionnées par le Dr G._____ dans son rapport du 7 novembre 2022. En effet, l'expert N._____ a constaté, concernant le rachis, une distance menton-sternum à 3 cm et une rotation du rachis cervical à 75° des deux côtés. Le Dr G._____ a, pour sa part, relevé une rotation droite-gauche 70-0-70° et une distance menton-sternum 2,5 cm-20 cm. Pour les épaules, l'expert a constaté une rotation externe de 90° (cf. p. 33 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023) et le Dr G._____ de 150-0-0°. L'expert a trouvé une flexion des coudes à 160° et une pronosupination normale et indolore. Le Dr G._____ a mentionné une flexion-extension 150-0-0° et une pronosupination 85-0-85°. Pour les hanches, l'expert a noté une rotation externe à 75°, une rotation interne à 30°, l'abduction à 75° et l'adduction à 30° (cf. p. 34 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Le Dr G._____, quant à lui, a relevé une flexion-extension 110-0-110° des deux côtés et des abduction-adduction 45-0-10°. Les constatations de l'expert rhumatologue ne sauraient dès lors être remises en cause, ce que le Dr G._____ n'a, au demeurant, pas fait, se

limitant à faire valoir l'absence de certains diagnostics et leur répercussion sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant.

e) Le recourant a encore soulevé le fait que les experts n'avaient pas pris en compte leurs propres diagnostics par rapport à ses limitations fonctionnelles.

aa) L'expert de médecine interne n'a posé aucun diagnostic incapacitant, retenant uniquement les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de surcharge pondérale et de syndrome d'hypopnées positionnel en décubitus dorsal, disparaissant en décubitus latéral avec absence de retentissement sur la saturation en oxygène. Il a, en outre, précisé qu'il n'y avait pas d'incohérence au niveau de la médecine interne générale vu que les problèmes internistes n'avaient pas d'incidence sur la capacité professionnelle du recourant et qu'il n'y avait pas de perte fonctionnelle, ni de limitation au niveau de la médecine interne générale (p. 10 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Quant à l'expert en neurologie, il a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic neurologique et que les troubles sensitifs à type de picotement et sensations d'aiguilles n'avaient pas de corrélation anatomique. Ainsi, il paraissait difficile d'établir, d'un point de vue strictement neurologique, une cohérence entre les plaintes de l'expertisé et une atteinte neurologique qui, au final, n'existait pas (p. 15 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Les deux experts ont attesté une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle.

bb) Seul l'expert rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles, à savoir pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux prolongés du buste, port de charges proche du corps limité à 10 kg, pas d'effort de préhension et de pronosupination forcé des deux mains et éviter les positions en abduction prolongée au-delà de la ligne des épaules et du membre supérieur droit (p. 4 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). Or il ne ressort pas des rapports des médecins traitants d'autres limitations fonctionnelles, qui

n'auraient pas été prises en compte par les experts. En effet, le Dr G. _____ a indiqué, dans ses rapports des 7 novembre 2022 et 15 septembre 2023, les limitations fonctionnelles suivantes : un manque d'endurance global et en particulier du tronc et de la nuque (éviter le maintien prolongé de la position assis/debout et la position en porte-à-faux ou torsion du torse), éviter les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs ainsi que l'absence d'activités au-dessus du niveau des épaules, les ports de charges au-delà d'env. 5 kg occasionnellement, les accroupissements, agenouillements, montées ou descentes de pentes ou d'escaliers fréquentes. Quant à la Dre D. _____, elle a mentionné, dans son rapport du 2 décembre 2022, que toute activité au-dessus de la tête restait pénible pour le recourant ainsi que les activités impliquant le port de charges. Ces limitations ne divergent pas sensiblement de celles retenues par les experts du Centre M. _____, respectivement par l'intimé dans sa décision du 13 mai 2024. L'expert rhumatologue a, en outre, précisé que les limitations du recourant étaient uniformes et peu cohérentes avec les diagnostics ne montrant que des atteintes dégénératives (pp. 35-36 du rapport d'expertise du 4 juillet 2023). A cet égard, on relèvera que la nature dégénérative de certaines atteintes a été mentionnée dans le rapport du 22 septembre 2021 du Dr Y. _____, dans les avis SMR des 30 janvier 2023 et 13 mai 2024 ainsi que dans le rapport du Dr B. _____ du 16 août 2024.

8. Le recourant fait encore valoir que les conclusions des experts sont contredites par l'appréciation de plusieurs autres médecins.

a) aa) Le recourant a adressé à l'OAI un rapport du 16 octobre 2023 des Dres V. _____ et L. _____, et du Dr B. _____ du 9 novembre 2023. Le SMR a alors, par avis du 4 décembre 2023 de la Dre K. _____, conclu que ces rapports laissaient suspecter des répercussions plus importantes sur les limitations fonctionnelles, voire sur la capacité de travail. L'OAI a dès lors prolongé l'instruction avant qu'une décision ne soit rendue. Dans ce cadre, le Prof. F. _____ a transmis à l'OAI une copie d'un rapport du 6 décembre 2023, selon lequel une IRM de la colonne cervicale avait mis en évidence une cervicarthrose sans signe de myélopathie, une

uncodiscarthrose de C3-C4 à C6-C7 prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec bombement disco ostéophytaire postérieur à ce niveau, un diamètre antéropostérieur du canal cervical mesuré serré à 7 mm à hauteur de l'espace intersomatique C6-C7 et une sténose foraminale bilatérale modérée C6-C7 sur bombement discal à droite et protrusion ostéophytaire sur arthrose à gauche. Le Dr B. _____ a, le 16 avril 2024, répondu aux questions complémentaires posées par le SMR en mentionnant, comme limitations fonctionnelles, une limitation douloureuse lors de la mobilisation de la nuque et le port de charges. S'agissant de la capacité de travail, il a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer et n'avoir pas attesté d'incapacité de travail. Il a également transmis un rapport du 15 janvier 2024 de la Dre E. _____ mentionnant qu'elle n'avait pas d'arguments cliniques ou électrophysiologiques pour une neuropathie périphérique, pas plus que pour une plexopathie brachiale (notamment pour un syndrome du défilé thoracique/TOS) ou une radiculopathie cervicale. Ainsi, ces différents rapports n'apportent aucune nouvelle limitation fonctionnelle, ni aucun nouveau diagnostic, la Dre E. _____ infirmant même celui de TOS. C'est ainsi à juste titre que le SMR a, dans son avis du 13 mai 2024, conclu qu'il n'y avait pas de modification des atteintes déjà prises en compte ou de nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante.

bb) Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit un certain nombre de rapports. Ils ne lui sont toutefois d'aucun secours au recourant pour démontrer des limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues par les experts. En effet, dans son rapport du 5 juin 2024, le Dr G. _____ n'a fait que reprendre les critiques formulées à l'encontre de l'expertise du Centre M. _____ dans son rapport du 15 septembre 2023 et examinées ci-dessus. Il a ensuite fait part de commentaires sur la manière de mesurer la dimension invalidante du TOS neurogène et sur le mécanisme d'un tel diagnostic. Son appréciation, qui doit être prise en compte avec retenue au vu de l'existence du lien de confiance l'unissant à son patient, reste cependant purement théorique, puisqu'elle ne présente pas de nouvel élément clinique ou radiologique propre à remettre en cause l'absence de TOS

retenue par les experts et par la Dre E._____. En outre, le Dr G._____ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail du recourant. Le Dr G._____ ne s'est au demeurant prononcé qu'à deux reprises sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du 7 novembre 2022, il a attesté une totale incapacité de travail du 1^{er} janvier au 31 octobre 2021. Dans celui du 15 septembre 2023, il a attesté une capacité de travail de 50 % maximum dans une activité adaptée, en précisant que ce taux était à vérifier et à ajuster en situation. Ces deux rapports ne suffisent toutefois pas à mettre en doute les conclusions des experts.

Par rapport du 11 juin 2024, la Dre R._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur hypertonie cervico-scapulaire, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral, plexopathie cervicale superficielle, tendinopathie des sus- et sous-épineux et possible épicondylite droite et tendinopathie des sous-épineux et petit rond gauche, de lombalgies intermittentes et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire, tendinopathies rotuliennes et de la bandelette ilio-tibiale des deux côtés. Il faut constater ici, à l'instar du SMR dans son avis du 8 juillet 2024, que ce rapport n'amène aucun nouveau diagnostic par rapport à ceux posés par les experts du Centre M._____. La Dre R._____ s'est en outre limitée, s'agissant de la capacité de travail, à se demander si l'intimé pouvait proposer au recourant des postes de travail adaptés ou une reconversion professionnelle, sans se déterminer sur le taux de capacité de travail retenu par les experts. Quant aux rapports du Dr G._____ des 25 mai et 1^{er} décembre 2023, transmis par la Dre R._____, ils n'apportent également aucun élément nouveau, reprenant les mêmes diagnostics que ceux posés dans les rapports des 25 janvier 2019, 9 juin 2021, 18 février, 15 juin, 7 novembre 2022, 15 septembre 2023 et 5 juin 2024.

S'agissant enfin du rapport du 15 août 2024 du Dr G._____ produit par le recourant à l'appui de sa réplique, il faut constater que ce médecin n'a fait que répéter les mêmes critiques à l'encontre de l'expertise du Centre M._____ et l'absence du diagnostic de TOS

neurogène. S'il a indiqué que le fait de ne pas reconnaître ce diagnostic invalidant avait de claires implications sur l'appréciation des limitations fonctionnelles et la capacité de travail, y compris dans une activité adaptée, il n'a en revanche pas motivé, ni détaillé ces implications. Quant au rapport du Dr B. _____ du 16 août 2024, il n'amène aucun diagnostic nouveau, ni ne rapporte une quelconque aggravation de l'une des atteintes connues (cf. avis SMR du 12 septembre 2024), se contentant au demeurant d'exposer que la conclusion de la Dre E. _____ pourrait être plus nuancée sans toutefois la remettre en cause.

Le recourant n'a ainsi pas apporté d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles par les experts. Aussi, l'appréciation des experts du Centre M. _____ doit être confirmée.

b) En définitive, l'OAI était fondé à se baser sur l'expertise probante du Centre M. _____ du 4 juillet 2023 et les avis du SMR des 20 juillet 2023 et 13 mai 2024 pour retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

9. Le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé.

Dans la mesure où le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse, il se justifiait de recourir au même chiffre de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1_skill_level, niveau de qualification 1, pour les deux termes de la comparaison. Il convient toutefois de relever que l'intimé aurait dû utiliser l'ESS 2022, indexé à 2023, dès lors que la situation devait être examinée au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.2 ; 129 V 222), soit en l'occurrence janvier 2023. Il n'en demeure pas moins que le calcul aurait abouti au même résultat qu'avec l'ESS 2018 adaptée à 2019, vu le parallélisme des revenus avec et sans invalidité.

Pour les droits à la rente nés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il faut également examiner la pertinence de l'application d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10). En l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues n'ayant pas donné lieu à une baisse de rendement, elles pourraient dès lors être prises en compte dans l'examen d'un éventuel abattement (cf. TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les références citées). On constatera toutefois que, même en retenant un abattement de 5 ou 10 %, le degré d'invalidité, qui se confondrait alors avec l'abattement retenu, serait insuffisant pour ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

10. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 17 juin 2024 octroyant au recourant l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (art. 118 al. 1 let. b et 122 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- H. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :